

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 328

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre BOUGENOT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DU TRAITEMENT

DE

L'INFECTION UTÉRINE POST-PARTUM

PAR

un procédé pratique de nettoyage de l'utérus

Président : M. L. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

328

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre BOUGENOT

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DU TRAITEMENT

DE

L'INFECTION UTÉRINE POST-PARTUM

PAR

un procédé pratique de nettoyage de l'utérus



Président : M. L. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Modeste témoignage de ma profonde
affection.*

A MES SCEURS, A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le Professeur COUVELAIRE
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Hommage respectueux et remerciements.

A MON MAITRE

M. le Docteur RUDAUX

Accoucheur de l'hôpital Beaujon

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et m'a guidé dans mon tra-
vail. Je le prie d'agréer l'expres-
sion de ma vive reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur LAUNOIS (*In Memoriam*)

M. le Docteur RIST

M. le Professeur CHANTEMESSE (*In Memoriam*)

M. le Docteur LAUNAY

M. le Docteur DALCHÉ

M. le Docteur BARBIER

DU TRAITEMENT
DE
l'Infection utérine post-partum
par un procédé pratique de nettoyage
de l'utérus

INTRODUCTION

Lorsque, chez une nouvelle accouchée, le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement généralement, quelquefois cependant plus tôt, ou plus tard du cinquième au huitième jour, on voit survenir une élévation thermique : 39° , 40° avec un pouls rapide : 100, 120 pulsations, on pense immédiatement à un début d'infection utérine. Souvent la malade a eu un frisson ; elle se plaint de malaise, de céphalée. A l'examen, on trouve un utérus gros, mou, douloureux à la pression, surtout au niveau des cornes, des lochies peu abondantes, grisâtres, d'un blanc sale et quelque peu fétides. Au toucher, le col est entr'ouvert, permettant l'introduction du doigt, même si l'accouchement a eu lieu depuis huit jours. L'appareil digestif fonctionne librement ; il n'y a aucun symptôme du côté des seins. Le diagnostic alors ne

fait plus de doute : c'est bien un début d'infection à porte d'entrée utérine, se limitant jusque-là à des lésions utérines légères : muqueuse rouge, tuméfiée, friable, recouverte d'un enduit grisâtre dans lequel on trouve parfois des débris de membranes et des caillots.

Il faut sans retard instituer un traitement. En dehors du traitement général destiné à soutenir les forces de la malade et à augmenter la résistance de l'organisme, les moyens qu'on peut employer pour agir localement sur l'utérus infecté sont nombreux.

Durant notre séjour dans le service de notre maître le D^r Rudaux, notre attention a été attirée par les excellents résultats obtenus dans le service par la méthode de traitement employée. Il nous a paru intéressant de faire de l'étude de ce traitement le sujet de cette thèse, d'autant plus intéressant que la technique est simple et facile à mettre en œuvre par tout praticien.

DES DIVERS MODES DE TRAITEMENT

Voyons tout d'abord les divers moyens employés pour agir sur l'utérus. En allant des méthodes simples aux plus compliquées, il y a : les injections intra-utérines, les irrigations utérines continues, les irrigations discontinues par le liquide de Dakin, le drainage de l'utérus, le pansement intra-utérin, l'écouvillonnage, le curage digital et le curettage instrumental.

Injectons intra-utérines

Par les injections intra-utérines on cherche à obtenir la désinfection de la cavité utérine par des liquides antiseptiques qu'on y introduit. On injecte généralement de deux à quatre litres de la solution antiseptique : liqueur de Labarraque à deux cuillerées à soupe par litre, permanganate de potasse à 1 ou 2 grammes par litre ou solution iodo-iodurée de Tarnier, la plus employée à l'heure actuelle.

Les injections intra-utérines ont parfois donné de bons résultats. Elles sont maintenant quelque peu délaissées, et à juste titre.

C'est un procédé de traitement insuffisant, elles n'ont qu'une action superficielle et de peu de durée ; elles ne peuvent entraîner au dehors les débris septiques que s'ils sont peu adhérents ; elles n'agissent souvent qu'en produisant un drainage passager de l'utérus dont elles redressent la courbure anormale.

En outre, elles sont dangereuses, parce qu'elles peuvent être un agent de contamination utérine. Si, suivant la technique classique décrite dans presque tous les ouvrages, on introduit la sonde dans le col en la guidant sur l'index et le médius placés dans le vagin, la sonde se contamine au passage dans le vagin et va ensemençer dans l'utérus les germes toujours nombreux qu'il contient et dont il est impossible de le débarrasser par une injection préliminaire. Même si l'injection est faite à découvert après avoir placé un spéculum pour voir le col, selon la technique qui doit être toujours employée, on risque encore de propager à toute la muqueuse utérine une infection, qui est peut-être localisée encore à la portion cervicale.

Irrigations continues

Pratiquées avec une solution de bi-iodure de mercure à 1 pour 4000, d'acide phénique à 1 pour 300 et 1 pour 600, ces irrigations étaient prolongées au début pendant sept à huit jours ; plus tard on réduisit leur durée à vingt-quatre ou quarante-huit heures. Elles sont aujourd'hui complètement aban-

données : elles n'avaient donné que peu de succès et avaient produit de nombreux accidents (grande faiblesse de la femme, intoxication par les liquides antiseptiques).

Irrigations discontinues par le liquide de Dakin

A la suite des excellents résultats obtenus dans le traitement des plaies infectées de guerre par le liquide de Dakin suivant la méthode de Carrel, on eut l'idée d'appliquer la méthode au traitement de l'infection puerpérale. Le Dr Cousyn en 1919 et le Dr Genty récemment ont publié, dans leurs thèses de Doctorat, les résultats obtenus par l'un à la Maternité de Bordeaux, par l'autre à celle de la Pitié à Paris. Une sonde est laissée à demeure dans l'utérus ; toutes les trois heures on injecte lentement de vingt à cinquante centimètres cubes du liquide de Dakin. Les résultats publiés par ces deux auteurs sont tout à fait différents. Alors que le Dr Cousyn conclut que la médication est excellente dans le traitement de l'infection utérine, ne nécessitant pas d'instrumentation spéciale, à la portée de tout praticien, les conclusions du Dr Genty sont que la méthode n'a pas justifié entièrement les espoirs qu'on pouvait mettre en elle et qu'elle ne semble pas mériter d'être retenue comme traitement de l'infection utérine *post-partum* : elle peut provoquer des hémorragies légères, mais tenaces, produit un prurit extrêmement gênant

pour la malade ; enfin le mode opératoire est délicat, nécessitant la présence constante près de la malade d'un personnel exercé.

Drainage

Réalisé par un tube de caoutchouc ou par le drain métallique de Mouchotte, il n'a qu'un effet : celui de permettre l'écoulement des lochies et, par suite, qu'une indication à son emploi : le cas où il y a rétention de lochies, résultant d'une coudure anormale de l'utérus.

Pansements intra-utérins

Consistent en l'attouchement de la muqueuse utérine à l'aide d'une substance antiseptique. En France, on emploie surtout la teinture d'iode avec laquelle on touche la muqueuse au moyen d'un petit tampon d'ouate hydrophile monté sur une pince à pansement utérin.

C'est là un traitement bien supérieur à l'injection intra-utérine : la teinture d'iode plus concentrée, agissant plus énergiquement que la solution iodo-iodurée. Mais, employée seule, c'est une méthode de traitement insuffisante : elle n'entraîne pas hors de l'utérus les débris qui s'y trouvent.

Ecouvillonnage

Il existe deux modèles d'écouvillons : celui de Budin en côtes de plumes, celui de Doléris en crins.

Le premier est à peu près complètement délaissé : trop résistant il traumatise brutalement la muqueuse dont il arrache des lambeaux, ouvrant à l'infection les lymphatiques, les veines, la couche musculaire.

L'écouvillon en crins est surtout employé pour débarrasser l'utérus des lambeaux de membranes qu'il peut contenir, par les mouvements de rotation et de va-et-vient qu'on lui imprime. Il est moins brutal que l'écouvillon en côtes de plumes ; cependant trop résistant il peut encore traumatiser la muqueuse et inoculer profondément une infection encore superficielle.

Curage digital

Le curage digital consiste à décoller de la paroi utérine, avec l'aide seul des doigts, sans le secours d'aucun instrument, les débris qui peuvent s'y trouver et à les entraîner au dehors.

La femme, mise en position obstétricale, est endormie. L'opérateur introduit la main droite dans le vagin. L'index de cette main pénètre dans l'utérus et va nettoyer successivement chacune des faces, puis le fond et les cornes de l'organe, tandis que la main gauche saisit l'utérus à travers la paroi abdomi-

nale et l'abaisse, comme elle doit le faire, par un mouvement presque réflexe, lorsque l'on introduit la main dans un utérus. Quand le doigt se rend compte qu'il ne reste plus rien dans la cavité, on complète l'opération par une injection intra-utérine ou par un attouchement iodé.

Le curage est une bonne opération. On peut lui reprocher d'être difficile à faire avec la main gantée, et, en se plaçant surtout au point de vue du praticien qui n'opère pas à l'hôpital ou dans une grande ville, de nécessiter l'anesthésie.

Curettage

Dans cette opération on enlève, au moyen d'une curette, la muqueuse utérine malade.

Il n'est pas nécessaire que la malade soit anesthésiée. Elle est mise en position obstétricale; on place un spéculum vaginal. On saisit la lèvre antérieure du col à l'aide d'une pince de Museux et l'on introduit la curette. On gratte alors successivement et systématiquement les deux faces, les bords, le fond et les cornes. Se souvenant que la paroi amincie, friable de l'utérus à terme ne saurait produire le « cri utérin », qu'elle se laisse traverser avec une extraordinaire facilité, on appuiera sans trop de force, afin d'éviter le redoutable accident du curettage : la perforation de l'utérus. On termine enfin par une injection ou mieux par un badigeonnage iodé intra-utérin.

TRAITEMENT EMPLOYÉ

Des divers modes de traitement que nous venons de passer en revue, les uns, faciles à appliquer, sont insuffisants ou dangereux (injections intra-utérines, irrigations, drainage, pansement intra-utérin, écouvillonnage); les autres sont de véritables opérations.

Le traitement que nous préconisons a pour but de nettoyer la muqueuse utérine par une action superficielle comparable à celle de l'écouvillon en crins, tout en évitant de la traumatiser et d'inoculer ainsi l'infection plus profondément.

Technique

Il ne nécessite qu'une instrumentation tout à fait réduite et sa technique est des plus simples.

Un spéculum vaginal à articulation latérale et à larges valves (modèle de Collin), une pince de Museux ou une pince tire-balles, une pince à pansements utérins, une bande de gaze de 7 centimètres de large ou quelques compresses de gaze stérilisée et

de la teinture d'iode constituent tout le matériel nécessaire.

La femme est mise en position obstétricale : à l'hôpital sur la table spéciale ; en ville elle sera couchée en travers du lit, le siège dépassant le bord du matelas, chaque pied reposant sur une chaise.

On donne d'abord une injection vaginale, puis on place le spéculum pour découvrir le col dont on fixe la lèvre postérieure avec la pince de Museux ou la pince tire-balles. On saisit entre les mors de la pince à pansements l'extrémité de la bande de gaze ou l'un des coins d'une compresse dépliée et l'on enroule le reste autour de la pince de telle sorte que l'écouvillon ainsi formé soit un peu plus volumineux à son extrémité.

La pince ainsi recouverte remplace l'écouvillon de crins ; c'est avec elle qu'on nettoiera la surface de la muqueuse utérine en procédant en trois temps :

Premier temps. — Nettoyage de la portion cervicale. La main gauche maintenant le col au moyen de la pince de Museux, la main droite introduit dans le col, sur une longueur de 3 ou 4 centimètres seulement, la pince recouverte de gaze, lui imprime quelques mouvements de rotation et l'enlève.

Deuxième temps. — Nettoyage de la cavité utérine. On change la gaze qui recouvre la pince et l'on fait un nouvel écouvillon, plus gros que le premier. On l'introduit jusqu'au fond de la cavité utérine, lui imprimant des mouvements de tension et de va-et-

vient. On le retire et l'on recommence avec un autre morceau de gaze.

Troisième temps. — Badigeonnage iodé. On termine enfin par un badigeonnage utérin antiseptique en trempant dans de la teinture d'iode la pince recouverte de gaze. Nous employons toujours la teinture d'iode au dixième, selon la formule du Codex, dédoublée par un égal volume d'alcool. On badigeonne soigneusement les diverses parties de la cavité utérine; on enlève la pince de Museux et le spéculum : l'opération est terminée.

Nous ne donnons pas d'injection intra-utérine et nous ne laissons pas de mèche de gaze dans l'utérus.

Application du traitement

Aussitôt que, dans les jours qui suivent l'accouchement, la femme présente les signes d'un début d'infection utérine, nous appliquons le traitement, même si, ayant constaté après la délivrance que le placenta et les membranes étaient complets, nous sommes sûrs que l'utérus ne renferme aucun débris de placenta ou de membrane. Même alors il faut en effet nettoyer la muqueuse des caillots, des produits septiques qui la recouvrent et qui entretiendront l'infection.

Ils seront décollés, ramenés au dehors par la pince recouverte de gaze formant écouvillon, et la muqueuse elle-même, contrairement à ce qui se passe souvent avec l'écouvillon de crins trop dur, sera

respectée. On ne s'exposera donc pas à ensemen-
cer la couche musculaire, les veines, les lymphatiques.
L'on en trouve la preuve dans ce fait que jamais,
après le traitement, on n'observe de frisson, mani-
festation de l'inoculation si souvent constatée après
l'injection intra-utérine ou l'écouvillonnage par
l'écouvillon en crins.

Résultats

Dès le lendemain, la température diminue : il est
rare que le retour à la normale se fasse par une
chute brusque; le plus souvent la température des-
cend progressivement et n'arrive à 37 degrés qu'au
bout de quelques jours.

Le pouls suit la même marche; sa courbe est
parallèle à celle de la température : de 120 il revient
progressivement à 80, 75 pulsations.

L'involution utérine s'accomplit; les lochies
deviennent plus abondantes, elles reprennent une
teinte rosée. La malade ne souffre plus, elle se sent
bien, et généralement au bout de quelques jours, elle
est complètement rétablie.

Insuccès : Conduite à tenir

Il arrive cependant quelquefois, qu'à la suite du
traitement, on n'observe aucune amélioration : la
température reste aussi élevée, le pouls accéléré.
Souvent du reste on peut prévoir ces échecs : lorsque

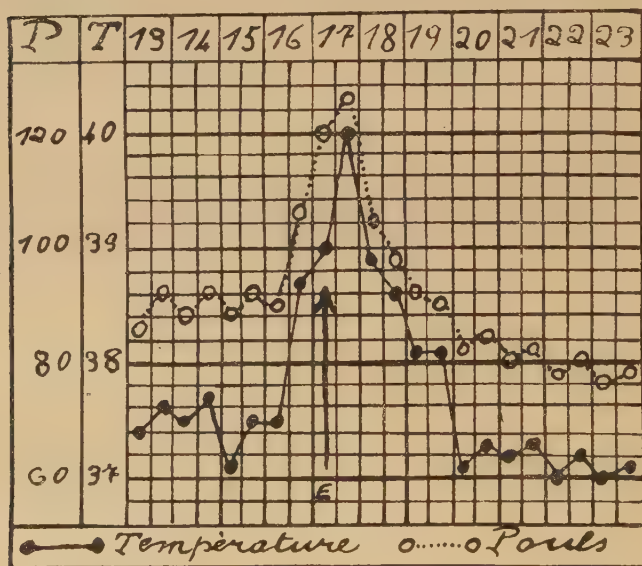
l'écouvillon en gaze ramène de l'utérus de nombreux lambeaux à odeur infecte, si surtout nous n'avons pas examiné le placenta et les membranes, nous pouvons nous attendre à n'obtenir aucune amélioration. Que faut-il faire alors ?

Il est inutile de renouveler ce traitement. Il faut agir plus énergiquement et nous avons recours au curettage instrumental. Nous le faisons suivre d'un écouvillonnage et d'un badigeonnage iodé comme précédemment. Nous laissons dans l'utérus pendant douze, ou vingt-quatre heures au maximum, une mèche de gaze qui a été plongée dans de la teinture d'iode dédoublée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

L. A..., 21 ans, primipare, entre le 12 février à 17 heures,
poche des eaux non rompue, dilatation cinq francs. A



21 heures, naissance d'une fille pesant 2.850 grammes. A
21 h. 30 délivrance naturelle et complète.

Le 16 février, élévation de la température, accélération du
pouls, ainsi que l'indique la courbe ci-jointe.

Le 17, la température continue à s'élever; l'utérus est gros, douloureux.

On applique le traitement (écouvillonnage à la gaze suivi de badigeonnage iodé).

La température baisse progressivement et le 1^{er} mars la malade s'en va bien portante.

OBSERVATION II

C. C..., 23 ans, primipare, admise le 5 mars à 3 h. 15 : tête à la vulve, membranes rompues depuis le 4 mars à midi. A 3 h. 20 naissance d'un garçon pesant 2.980 grammes. A 3 h. 30 expulsion spontanée du placenta et de gros caillots : rétention partielle de caduque.

Du 6 au 12 mars, température oscillant de 37 degrés à 37°6, pouls autour de 80.

Le 13, soir : température 38°2, pouls 96.

Le 14, matin : température 39°6, pouls 124. Les lochies sont peu abondantes et fétides. L'utérus est douloureux. Ecouvillonnage, badigeonnage iodé.

Soir : température 39°4, pouls 120.

Le 15, matin : température 38°6, pouls 80.

Soir : température 38°2, pouls 76.

Le 16, température 37°2, pouls 80.

S'en va en bonne santé le 28 mars.

OBSERVATION III

M. R..., primipare, entrée le 23 février : accouchée et délivrée en ville.

Jusqu'au 1^{er} mars température et pouls normaux.

Le 2, soir : température 39 degrés, pouls 104.

Le 3, matin : température 38°7, pouls 100.

Soir : température 40°4, pouls 116. On applique le traitement.

Le 4, matin : température 38°5, pouls 100.

Soir : température 38°8.

Le 5 : température 37°2, pouls 80.

Sort bien portante le 15 mars.

OBSERVATION IV

H. G..., entre le 15 janvier à 7 heures, membranes rompues, dilatation cinq francs. A 10 heures, naissance d'une fille. Délivrance spontanée à 10 h. 20 : le placenta et les membranes sont complets. Hémorragie assez considérable.

Le 16 et le 17, la température oscille de 37 degrés à 37°4, le pouls est à 80.

Le 18, matin : température 38 degrés, pouls 86.

Soir, température 40 degrés, pouls 122. On fait l'écouvillonnage et le badigeonnage iodé.

Le 19, matin, température 39°4, pouls 96.

Soir : température 37°6, pouls 86.

Le 20 : température 37°2, pouls 80.

S'en va, sur sa demande, le 26 en bonne santé.

OBSERVATION V

H. F..., entre le 5 janvier 5 h. 30, membranes rompues, dilatation cinq francs. Accouchement à 6 h. 15. A 7 heures, délivrance naturelle : membranes déchirées paraissant complètes.

5 et 6 : température et pouls normaux.

Le 7, soir : température 38°2, pouls 84.

Le 8, matin : température 37°6, pouls 80.

Soir : température 40°2, pouls 124. La malade se plaint de céphalée, l'utérus est un peu douloureux, les lochies fétides.

Application du traitement.

Le 9, matin : température 39,2, pouls 112.

Soir : température 38,4, pouls 96.

Le 10, température 37,4, pouls 88.

Pendant trois jours, la température oscille de 37,2 à 38 degrés, le pouls autour de 88

Le 14, température 37 degrés, pouls 80.

Part, en bonne santé, le 18, sur sa demande.

OBSERVATION VI

R.. B., entrée le 5 janvier, membranes intactes. Accouchement le 6 ; délivrance naturelle et complète.

Les 7, 8 et 9, température normale, pouls 76.

Le 10, soir : température 38,9, pouls 104. Lochies abondantes, mais fétides. Application du traitement.

Le 11, matin : température 38,2, pouls 100.

Soir : température 37,8, pouls 92.

Le 12, matin : température 37 degrés, pouls 92.

Soir : température 37,8, pouls 88.

Le 12, température 37 degrés, pouls 76.

Sort bien portante le 21.

OBSERVATION VII

G. K..., admise le 10 février, col en voie d'effacement, membranes intactes. Le 12 à 10 heures dilatation complète, rupture artificielle des membranes. Accouchement quarante-cinq minutes après, délivrance naturelle et complète.

Les 13, 14, 15 et 16, température et pouls normaux.

Le 17, température 40 degrés, pouls 120. Se plaint de malaise, céphalée; lochies fétides, utérus douloureux. On applique le traitement.

Le 18, matin : température 39,2, pouls 108.

Soir : température 39,4, pouls 104.

Le 19, matin : température 37,6, pouls 84.

Soir : température 37,8, pouls 80.

Quitte la Maternité le 24 en bonne santé.

OBSERVATION VIII

M. D..., entrée le 3 janvier à 15 heures, membranes intactes. Accouchement le 4 janvier à 2 h. 20. Une heure après délivrance naturelle et complète.

Pendant les quatre jours qui suivent, température et pouls normaux.

Le 9, température 37,8, pouls 82.

Le 10, température 39,8, pouls 108. Ecouvillonnage et badigeonnage iodé.

Le 11, température 37,8, pouls 80.

Le 12, température 37,2, pouls 76.

S'en va bien portante le 20.

OBSERVATION IX

M. K.... admise le 26 décembre à 2 heures, membranes intactes. Accouchement à 7 h. 30, délivrance naturelle et complète une heure après.

Les 27, 28, 29, 30, température normale, pouls 80.

Le 31, matin : température 37,4, pouls 88.

Soir : température 37,9, pouls 100.

Le 1^{er} janvier, matin : température 38,4, pouls 120.

Soir : température 39,1, pouls 122. Les lochies sont fétides, application du traitement.

Le 2, température 39 degrés, pouls 116.

Le 3, température 38,4, pouls 100.

Le 4, température 37,8, pouls 92.

Le 5, température 37 degrés, pouls 80.

Part, le 11, en bonne santé.

OBSERVATION X

A. M...., admise le 27 janvier à 1 heure, membranes intactes. Accouchement à 22 h. 10, délivrance naturelle et complète une heure après.

Les 27, 28, 29, 30, température 37 degrés, pouls 80.

Le 31, température 37,6, pouls 88.

Le 1^{er} et le 2 février, température 37,8, pouls 92.

Le 3, matin : température 38 degrés, pouls 100.

Soir : température 39,6, pouls 124. Utérus légèrement douloureux. Application du traitement.

Le 4, température 38,4, pouls 120.

Le 5. température 38 degrés, pouls 108.

Le 6, température 38 degrés, pouls 100.

Le 7 et le 8, température 37,8, pouls 96.

Le 9, température 37,2, pouls 80.

Quitte la Maternité le 11, bien portante.

OBSERVATION XI

F. L..., entrée le 15 février 1 heure, membranes rompues.

Accouchement à 5 h. 40; à 6 h. 30, délivrance naturelle et complète.

Le 16 et le 17, température 37,2, pouls 80.

Le 18, température 38 degrés, pouls 96.

Le 19, température 38,4, pouls 100.

Le 20, température 39 degrés, pouls 116. Les lochies sont fétides. On fait le traitement habituel.

Le 21, matin : la température descend à 38,2, mais le pouls reste à 116.

Soir : température 39,2, pouls 116.

Le 22, matin : température 38,4, pouls 112.

Soir : température 39 degrés, pouls 120. Aucune amélioration ne s'étant manifestée à la suite de l'écouvillonnage par la pince recouverte de gaze et le badigeonnage iodé, on fait le curettage instrumental.

Le 23, température 39 degrés, pouls 108.

Le 24, chute brusque de la température, 37,2, pouls 96.

Le 25, température 37,2, pouls 88.

Le 26, température 37, pouls 80.

S'en va le 6 mars en bonne santé.

STATISTIQUE

Il nous paraît inutile de multiplier les observations qui se ressemblent toutes. Nous pensons qu'il est plus intéressant d'établir une statistique des résultats obtenus du 1^{er} janvier 1921 au 10 avril à la Maternité de l'hôpital Beaujon.

Pendant cette période, chez 28 femmes on a observé, dans les jours qui ont suivi l'accouchement, les symptômes d'une infection utérine. A toutes on a appliqué le traitement. Aucune d'entre elles n'a présenté, ni avant, ni après la mise en œuvre du traitement, les signes de septicémie.

Chez 25 de ces femmes, le retour à la normale du pouls et de la température s'est effectué dans les jours suivants.

Pour 3 d'entre elles on n'a obtenu aucune amélioration et on a eu recours au curettage instrumental qui a produit la guérison.

CONCLUSIONS

I. L'écouvillonnage, pratiqué au moyen d'une pince recouverte de gaze, suivi de badigeonnage iodé, donne d'excellents résultats dans le traitement de l'infection utérine post-partum à son début, lorsque l'infection est limitée à la muqueuse utérine.

C'est une méthode de traitement simple, ne demandant qu'une instrumentation réduite, non douloureuse, ne nécessitant pas l'anesthésie, facile à appliquer par tout praticien. Elle n'est pas dangereuse.

Elle doit être employée, dès que l'élévation de la température, l'accélération du pouls, les symptômes locaux ont fait diagnostiquer un début d'infection utérine, même si l'on croit que l'utérus ne renferme pas de débris placentaires ou membraneux.

II. Lorsque, dans des cas assez rares, elle ne produira pas d'amélioration, on ne la renouvellera pas. Mais on aura recours alors à un traitement plus énergique : curettage suivi d'écouvillonnage et de

badigeonnage iodé, opération plus compliquée, plus grave et dangereuse, qui doit être employée après échec du premier traitement.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Bar, Brindeau, Chambrelent.* — La pratique de l'art des accouchements.
- Bibliothèque de thérapeutique Gilbert et Carnot.* — Thérapeutique obstétricale et gynécologique, par C. Jeannin et P. Guéniot.
- Clément.* — Essai sur le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale (Thèse de Paris, 1907).
- Cousyn.* — Du traitement de l'infection utérine post-partum par l'irrigation discontinue à l'aide du liquide de Dakin (Thèse de Bordeaux, 1919).
- Dubrisay et Jeannin.* — Précis d'accouchement.
- Genty.* — La méthode de Dakin-Carrel dans le traitement de l'infection utérine post-partum (Thèse de Paris, 1921).
- Goy.* — Des injections intra-utérines dans le post-partum (Thèse de Paris 1910-1911).
- Hersant.* — Curage et curettage dans les suites de couches (Thèse de Paris, 1908-1909).
- Mme Natanson* — *Rapport* : Contribution à l'étude de l'infection puerpérale et en particulier de son traitement (Thèse de Paris, 1907-1908).
- Massicot.* — Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par le curage digital suivi d'écouvillonnage (Thèse de Paris, 1908).
- Ribemont* — *Dessaignes et Lepage.* — Traité d'obstétrique.

Riou. — Les divers traitements de l'infection puerpérale et le curage digital suivi d'écouvillonnage (Thèse de Paris, 1902).

Rudaux. — Clinique et thérapeutique obstétricales du praticien.

Simon (Louis). — Traitement précoce et rationnel de l'infection puerpérale (Thèse de Paris, 1908-1909).

Wallich. — Éléments d'obstétrique.

